

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 17 Juillet 1900, à 1 heure

Par ÉMILE ROUAULT

Né à L'Hermitage, (Ille-et-Vilaine), le 10 septembre 1871.

De l'Intervention
Prophylactique et Précoce
Dans la Rétention des Membranes
APRÈS L'ACCOUCHEMENT A TERME

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : MM. REMY, professeur.

BONNAIRE et WALLICH, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

No

565

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 17 Juillet 1900, à 1 heure

Par ÉMILE ROUAULT

Né à L'Hermitage, (Ille-et-Vilaine), le 10 septembre 1871.

De l'Intervention
Prophylactique et Précoce
Dans la Rétention des Membranes
APRÈS L'ACCOUCHEMENT A TERME

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : MM. REMY, professeur.

BONNAIRE et WALLICH, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.....	M.	BROUARDEL.
	Professeurs.....		MM.
Anatomie.....			FARABEUF.
Physiologie.....			CH. RICHEL.
Physique médicale.....			GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....			GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....			BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....			BOUCHARD.
Pathologie médicale.....			HUTINEL.
			DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....			LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....			CORNIL.
Histologie.....			MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....			BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....			POUCHET.
Thérapeutique.....			LANDOUZY.
Hygiène.....			PROUST.
Médecine légale.....			BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....			BRISAUD.
Pathologie expérimentale et comparée.....			CHANTEMESSE.
			POTAIN.
Clinique médicale.....			JACCOUD.
			HAYEM.
			DIEULAFOY.
			GRANCHER.
Maladies des enfants.....			JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....			FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..			RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....			TERRIER.
			DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....			LEDENTU.
			TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....			PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....			GUYON.
Clinique d'accouchement.....			BUDIN.
			PINARD.
Agrégés en exercice.			
MM.	MM.	MM.	
ACHARD.	GAUCHER.	ROGER.	
ALBARRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	SEBILEAU.	
ANDRÉ.	HELM.	TEISSIER.	
BONNAIRE.	HARTMANN.	THIERY.	
BROCA Auguste.	LANGLOIS.	THIROLOY.	
BROCA André.	LAUNOIS.	THOINOT.	
CHARRIN.	LEGUEU.	VAQUEZ.	
CHASSEVANT.	LEJARS.	VARNIER.	
DELBET.	LEPAGE.	WALLICH.	
DESGREZ.	MARFAN.	WALTHER.	
DUPRÉ.	MAUCLAIRE.	WIDAL.	
FAURE.	MENETRIER.	WURTZ.	
	MERY.		
			M. RIEFFEL.
Chef des travaux anatomiques.....			

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR O. ROUAULT.

A MA MÈRE.

A MA FAMILLE.

MEIS ET AMICIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN,

Accoucheur des Hôpitaux.

Membre de l'Académie de Médecine,

Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le sujet de notre thèse inaugurale et au moment de terminer notre apprentissage médical, jetant un regard en arrière, nous repassons, par la pensée, les années déjà nombreuses de notre carrière d'étudiant.

Commencées à Rennes, nos études de médecine se sont terminées à Paris. Parmi les professeurs de l'Ecole de médecine de Rennes qui, tout en nous prodiguant leur solide enseignement médical, ne cessèrent de nous encourager de leur bienveillance et de leurs utiles conseils, les noms de MM. les docteurs Bertheux et Lautier reviennent naturellement sous notre plume. Nous considérons comme un devoir de leur en exprimer ici tous nos remerciements et de les assurer de notre profonde reconnaissance.

Mais c'est surtout pendant les trois années passées comme étudiant à la Faculté de Médecine de Paris, à l'école des maîtres célèbres qui font briller actuelle-

ment la médecine française d'un si vif éclat, que nous avons approfondi et complété nos connaissances médicales. Qu'il nous permettent de leur adresser l'hommage de notre vive admiration et de notre inaltérable gratitude.

L'obstétrique nous a toujours spécialement attaché et nous nous sommes livré avec un intérêt tout particulier à l'étude de cette très importante partie de l'art médical.

Nous avons eu le très grand avantage de faire un stage d'accouchements dans le service de M. le docteur Maygrier. Nous le remercions bien sincèrement du fécond enseignement qu'il nous a prodigué pendant le temps trop court que nous avons été son élève. C'est également M. le docteur Maygrier qui a bien voulu nous faire part des très intéressantes observations qui ont inspiré ce travail. Ces observations ont été recueillies dans son service d'accouchements de l'hôpital de la Charité. Nous lui en adressons ici nos plus vifs remerciements.

Nous n'aurons garde non plus d'oublier dans nos remerciements M. Jeannin, le très distingué interne de M. Maygrier. A lui revient tout le mérite de ce travail.

M. le professeur Budin nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse qu'il nous permette de lui en exprimer notre très respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'étudier, dans notre thèse inaugurale, le traitement de la rétention des membranes après l'accouchement à terme. Peut-être sera-t-on étonné de nous voir reprendre un sujet si souvent traité qui inspire, chaque mois, un certain nombre de travaux que l'on trouve presque à chaque page, dans les revues d'obstétrique. Mais le nombre même de ces travaux ne proclame-t-il pas l'importance de cette question ? De plus, en cela comme en tout, en matière de science, tout n'est pas dit, et l'on n'arrive pas trop tard, car d'une année à l'autre, les notions sur lesquelles nous étayons la thérapeutique se modifient, évoluent et commandent des indications nouvelles. Ceci est surtout vrai pour tout ce qui touche à l'histoire, encore si incomplète, des infections puerpérales ; ce que nous savons, actuellement de la bactériologie des organes génitaux de la femme ne nous permet plus d'accepter, tout au moins intégralement, les idées en

cours jusqu'en ces dernières années. Les recherches de très nombreux auteurs, en particulier de Kœëning et Menge, en Allemagne, de Hallé et beaucoup d'autres en France, nous ont appris que nous n'avions pas à lutter contre un seul germe, le streptocoque, comme on l'a longtemps professé, nos ennemis sont multiples ! le vagin et le col utérin contiennent une flore bactérienne aérobie et surtout anaérobie d'une extrême richesse ; aussi, nous semble-t-il désormais imprudent d'offrir à ces germes la moindre occasion de gagner la cavité même de l'utérus. L'évolution des idées est, à ce point de vue, tout à fait caractéristique ; considérons, en effet, ce qui s'est passé pour le traitement de la rétention de débris placentaires ; en l'espace de dix ans, les gynécologues ont professé, successivement, l'abstention, c'est-à-dire l'expectation armée ; puis l'intervention, mais tardive, alors que les phénomènes infectieux sont nettement déclarés ; puis l'intervention précoce, à la moindre alerte, au plus petit symptôme ; enfin, à l'heure actuelle, beaucoup d'accoucheurs, et M. le docteur Maygrier a traité ce sujet dans une de ses cliniques de la Charité (Juin 1900), préconisent d'agir *prophylactiquement*, sans attendre l'apparition du moindre signe d'infection, et ceci d'une manière systématique.

Or, en faisant nos recherches bibliographiques, nous avons été frappé de ce fait, tandis que la rétention placentaire a alarmé tous les auteurs et les a invités à agir vite, la rétention de débris membraneux a été généralement considérée comme un incident bénin, pas

négligeable évidemment, mais ne nécessitant pas les moyens héroïques employés dans le premier cas.

D'où vient cette dissociation? Sans doute de ce que l'infection puerpérale a éclaté beaucoup plus fréquemment quand des cotylédons restaient dans l'utérus, que dans le cas de simple rétention de membranes. Mais deux objections surgissent : la clinique nous en fournit une, et l'autre, la bactériologie. Nous voyons, en effet, des cas d'infection terrible, se terminant par la mort, survenue à la suite de déchirures de l'œuf; ces cas seraient-ils très rares, il suffit qu'ils existent pour attirer l'attention du clinicien.

Maintenant, si nous nous plaçons sur le terrain bactériologique, la question est encore moins discutable; qu'il s'agisse, en effet, de rétention de débris placentaires ou de débris membraneux, le résultat est essentiellement le même; dans les deux cas, il va se trouver dans l'utérus, cavité normalement aseptique, un corps étranger, organique mais mal nourri, qui, par conséquent va se putréfier; dans les deux cas, ce corps empêchera l'organe gestateur de bien revenir sur lui-même; le col restant béant, les germes du vagin vont monter et arriver dans une cavité où ils vont trouver de bonnes conditions de vie anaérobie, dans un milieu de culture tout préparé, que leur fournissent les débris organiques en voie de décomposition. Ces considérations nous portent à assimiler, au point de vue du pronostic, et par conséquent du traitement, la rétention des membranes à celle du placenta. Aussi le but de notre thèse sera-t-il de prouver que cet acci-

dent, en apparence bénin, est justifiable d'une intervention, non seulement précoce, mais *prophylactique*.

Notre étude comprendra naturellement deux parties : dans la première, nous citerons, en les classant, nos matériaux cliniques ; dans la deuxième, nous essaierons d'exquisser l'enseignement thérapeutique qui se dégage de l'étude de ces observations. Actuellement, nous ne pouvons qu'apporter des faits contre les méthodes qui nous semblent devoir être abandonnées. Nous comptons sur les années à venir pour corroborer, par des observations, les idées que nous émettons actuellement.



PREMIÈRE PARTIE

OBSERVATIONS

Classification des observations.

Notre étude porte sur 86 cas de rétention de membranes, observés pendant les années 1899 et 1900 à la Maternité de la Charité (service de M. le docteur Maygnier).

Ces observations peuvent se classer en deux séries :

1^{re} Celles où rien n'a été tenté prophylactiquement et qui pourraient se diviser en deux groupes :

a) les cas, où cette rétention n'a donné lieu à aucun accident ;

b) ceux au contraire, où elle est devenue la cause d'infections plus ou moins graves.

2^e Celles où l'on a agi, et ceci de deux façons :

a) Soit par introduction immédiate de la main dans

l'utérus; nous joindrons à cette classe une observation où l'écouvillonnage fut fait préventivement;

b) Soit en posant un fil sur le moignon de membranes sortant de la cavité utérine, comme Tarnier en donne le conseil.

1^o — Série d'observations :

CAS DANS LESQUELS ON N'A TENTÉ AUCUNE INTERVENTION PROPHYLACTIQUE » :

I^{er} Groupe. — Dans 50 cas, cette rétention n'a donné lieu à aucun accident; aussi ne détaillerons nous pas les observations : onze fois, il s'agissait de fœtus macéré, où la caduque seule restait dans l'utérus, comme cela se passe habituellement dans ce cas.

Le plus souvent, les membranes étaient en grande partie sorties : quelques lambeaux du chorion restaient seuls adhérents; dans un cas cependant, toutes les membranes étaient détachées du placenta.

Dans toutes ces observations, les débris ont été expulsés spontanément, avec les lochies auxquelles ils n'ont imprimé aucune fétidité, ou bien encore ont été retrouvés dans le liquide des injections.

II^e Groupe. — A côté de ces 50 cas, il nous en faut citer 10, où des accidents infectieux ont éclaté :

Premier cas. — Primipare, 18 ans, accouchement spontané à terme, en siège mode des fesses.

Délivrance naturelle, dix minutes après l'accouchement.

Enfant mort et macéré.

Rétention de la caduque.

Au 2^e jour : *lochies fétides* ;

Au 3^e jour, température : 39° écouvillonnage à la glycérine créosotée, après curage digital.

Chute de la température, qui, à deux reprises, remonte aux environs de 38°.

Au 8^e jour, tout va bien.

2^e cas. — Multipare de 27 ans ; accouchement spontané de 7 mois 1/2, d'un enfant macéré.

Délivrance naturelle, dix minutes après l'accouchement ; rétention de toute la caduque.

Au 3^e jour, frisson ; température : 40° ; lochies fétides ; alors : curage digital, et écouvillonnage à la glycérine créosotée.

La température persiste pendant deux jours, puis la malade se rétablit sans autre accident.

3^e cas. — Secondipare de 38 ans, accouchement à terme, naturel, d'un enfant vivant.

Délivrance spontanée, 15 minutes après l'accouchement, s'accompagnant d'une légère hémorrhagie. Membranes déchirées et incomplètes.

Au 7^e jour, température, sans fétidité des lochies ; curage digital, écouvillonnage à la glycérine créosotée.

Suites opératoires bonnes.

4^e cas. — Primipare de 22 ans ; accouchement à 8 mois 1/2, naturel, d'un enfant vivant.

Délivrance naturelle, 50 minutes après l'accouchement ; rétention d'une partie de la caduque,

Pendant deux jours, légère température et fétidité des lochies ; injection intra-utérine.

Suites normales.

5^e cas. — Secondipare de 32 ans, accouchement à 8 mois 1/2, naturel d'un enfant vivant.

Délivrance naturelle, 3 heures 15 minutes après l'accouchement. Membranes incomplètes.

Pendant deux jours, élévation légère de température ; lochies fétides pendant toute la première semaine.

Au 8^e jour, écouvillonnage.

Suites normales.

6^e cas. — Primipare de 24 ans, accouchement à terme, d'un enfant vivant.

Délivrance naturelle, dix minutes après l'accouchement ; membranes déchirées et incomplètes

Une heure après l'accouchement : légère hémorrhagie, arrêtée par injections chaudes.

Pendant sept jours : température, montant le 5^e jour, à 39°3, pas d'intervention, guérison naturelle.

7^e cas. — Multipare de 35 ans, accouchement à terme, d'un enfant vivant.

Délivrance artificielle, pour hémorrhagies, 1 h. 40 après l'accouchement.

Le lendemain : 38° ; au 3^e jour, 39°.

Pas de fétidité des lochies.

Au 5^e jour, température : 39°.

Au 7^e jour, écouvillonnage à la glycérine créosotée.

Suites normales.

8^e cas. — Primipare de 30 ans, accouchement à terme, au forceps, au détroit inférieur, pour lenteur du travail, enfant vivant.

Délivrance artificielle, 1 h. 30 après l'accouchement, pour hémorrhagie.

Membranes déchirées, incomplètes.

Température pendant vingt-trois jours ; pas de fétidité des lochies.

Phlegmatia alba dolens ; la malade sort guérie, après 3 mois 1/2.

9^e cas. — Primipare de 24 ans, accouchement à 8 mois 1/2, d'un enfant vivant, extrait au forceps à la partie supérieure de l'excavation, par inertie utérine.

Délivrance naturelle, 30 minutes après l'accouchement.

Membranes déchirées, incomplètes enchatonnées dans la corne utérine droite.

Le soir même, la température monte à 39°.

Le 2^e jour, 37°.

Au 3^e jour, brusque ascension de la température à 39°6 ; injections utérines.

Le 4^e jour, 40°2 ; la femme est isolée.

Le 5^e jour, chute en lysis de la température, qui redevient normale le 7^e jour.

Au 23^e jour, la femme qui allait bien, a de nouveau de la fièvre; 38°4; le 24^e, 40°; de même le 25^e; puis, pendant trois jours, la température oscille entre 38° et 39°.

Le 29^e jour, périnéorrhaphie secondaire; les premières sutures, pratiquées de suite après l'accouchement, ayant cédé lors de l'infection.

La température remonte une fois à 38°8, puis au 3^e jour, redevient normale. La femme sort guérie.

10^e cas. — Nous publions cette observation *in extenso* comme document capital devant servir à l'histoire des infections puerpérales :

La nommée G..., 27 ans, domestique, entre à la maternité de la Charité, le 25 avril 1900, à 6 h. 40 du matin; elle y vient parce qu'elle est en travail.

C'est une femme de bonne conformation et de bonne santé antérieure; on ne relève dans ses antécédents qu'une fièvre typhoïde à 15 ans qui n'a pas eu de suites. Réglée pour la première fois à 17 ans, elle voit très régulièrement trois jours par mois.

A 25 ans, elle devient enceinte pour la première fois : elle mène cette grossesse à terme sans aucune complication; l'enfant a actuellement 18 mois, et est bien portant.

Les dernières règles sont apparues du 15 au 20 octobre 1899 : elle ne serait donc pas actuellement enceinte de plus de six mois et demi. Sa grossesse s'est moins bien passée que la première.

La femme nous dit, en effet, avoir souffert de maux d'estomac, de bourdonnements d'oreilles, et même de quelques

troubles oculaires (scotome scintillant, etc.) ; cependant elle n'a eu ni céphalée, ni œdème des jambes. Ses urines n'ont pas été analysées pendant la grossesse ; à son entrée elles présentent un léger nuage d'albumine.

Au commencement du mois de mars, elle a, pour la première fois, senti remuer son enfant, mais lors de son entrée, il y a onze jours qu'elle ne perçoit plus le moindre mouvement ; cependant un médecin consulté à cette date, la rassure sur ce point.

Le 24 avril, à 11 heures du soir, apparaissent les premières douleurs ; ces douleurs s'accroissent pendant la nuit, et le 25, à 6 h. 40 du matin, la femme se décide à entrer à l'hôpital.

Placée de suite à la salle de travail, la femme y est examinée : le toucher montre une dilatation complète, l'enfant se présente par le sommet, mais le doigt en appuyant sur cette partie fœtale sent cette crépitation spéciale, donnant l'impression d'un sac de noix, indice de la macération du fœtus. Du reste, par le palper on sent un utérus mollasse, qui se laisse difficilement délimiter, et dans lequel on ne peut circonscrire nettement de parties fœtales.

L'auscultation montre l'absence absolue de bruits du cœur.

(Notons, tout de suite, qu'il a été impossible, malgré un examen minutieux, de trouver chez cette femme quelque trace de syphilis ; il est donc probable qu'il faut incriminer ici une spécificité paternelle, point que nous n'avons pas été à même de constater).

Dès son entrée, la poche des eaux se rompt spontanément et donne issue au liquide amniotique brun-chocolat mais sans

la plus légère fétidité. En quelques douleurs la femme expulse un fœtus qui nous semble macéré depuis dix jours environ ; il pèse 690 gr., est long de 38 cent.

Aussitôt après la sortie de l'enfant, la délivrance se fait spontanément ; le placenta ne pèse que 240 gr., sans lésions particulières.

Quant aux membranes elles sont intactes pour le chorion et l'amnios, mais la caduque est entièrement retenue dans l'utérus. On pratique une injection intra-utérine, et une heure après, la femme est montée dans la salle des accouchées.

Tout de suite après son accouchement, la température rectale est à 37°, le soir elle est à 37°, 5.

Le 26 avril, premier jour des couches, la température matinale est à 37°, mais le soir elle s'élève à 38° 2 ; on pratique alors une injection intra-utérine au permanganate de potasse.

Le deuxième jour (27 avril), normale le matin, la température monte le soir, à 38°, 5 ; de nouveau, on fait une injection intra-utérine.

Le troisième jour, quoique la température soit normale, craignant de nouveau l'ascension vespérale, on pratique, dans la journée, le *curage digital* suivi d'un écouvillonnage à la glycérine créosotée : cette manœuvre ramène quelques débris de caduque non fétides qui, ensemencés, nous donnent du streptocoque. L'opération est terminée par une injection de 12 litres de permanganate de potasse, suivie d'un drainage utérin avec une mèche de gaze imbibée de créosote. Enfin, on lui fait 500 gr. de sérum physiologique, en injection hypodermique.

Le soir, la température monte à 37°, 6.

Le lendemain de cet écouvillonnage, quatrième jour des couches, la malade est détamponnée et reçoit une injection intra-utérine. Le matin : $37^{\circ},5$; le soir : $37^{\circ},3$.

Le 5^e jour, la température matinale est de 38° ; une injection intra-utérine est faite dans la journée et fait tomber la température à $37^{\circ},3$.

Le sixième jour, pas de fièvre ; $37^{\circ},2$, matin et soir.

Le septième, 37° au matin, mais $38^{\circ},6$ le soir ! En même temps les lochies sont devenues très fétides ; le col étant revenu sur lui même, on fait la dilatation au moyen des bougies de Hégar, puis deux injections intra-utérines.

Le huitième jour, $37^{\circ},8$ au matin ; à 1 heure du soir, éclate un violent frisson, à la suite duquel la température s'élève brusquement à $40^{\circ},8$.

Immédiatement on pratique un *curelage* instrumental très soigneux, avec des curettes mousses d'abord, puis tranchantes. Les débris ramenés sontensemencés ; ils cultivent abondamment en anaérobies (*perfringens*, *radiiformis*, *foetidus*, etc...) et donnent un peu de coli-bacille et de streptocoque. Après cette opération, la température est de $39^{\circ},6$. De nouveau on fait à la malade 600 grammes de sérum sous-cutané.

Le lendemain de ce curettage (8^e jour des couches), la fièvre persiste ; le matin, 39° ; à 10 heures, frisson suivi de $40^{\circ},2$; le soir, 38° ; matin et soir, injection utérine.

Pendant deux jours les accidents parurent s'amender ; la température oscilla entre 37° et 38° . Le poulx était bon ; mais les lochies restaient très fétides, malgré des injections utérines matin et soir, et le 12^e jour la fièvre s'accroît, restant à 40° , matin et soir, atteignant $41^{\circ},7$ à la suite d'un frisson.

En présence de la gravité de ces accidents, et pendant qu'il

était encore temps de prévenir la généralisation de l'infection, M. le docteur Maygrier se décide à faire pratiquer l'hystérectomie. Cette opération est exécutée le 8 mai 1900, au matin, 13^e jour des couches, par M. le docteur Bazy; la malade étant anesthésiée au chloroforme, l'utérus est enlevé par la voie abdominale; le vagin ouvert au thermocautère, on fait l'hystérectomie totale; puis les deux ligaments larges sont recousus et le tout enfoui sous un surget au catgut, de façon à tapisser de séreuse le fond de la cavité pelvienne. Cette opération fut extrêmement simple, est ne dura qu'une demi-heure en tout. Aussitôt après, on fait à la malade 800 grammes de sérum sous-cutané. La journée se passe bien, sauf quelques vomissements dus au chloroforme; le soir, la température est à 38°3, pour faire reposer la femme, on lui fait à 10 heures, une piqûre de morphine. La nuit fut très calme; la malade ne se plaint pas.

Le lendemain, 14^e jour, la température matinale est à 37°6; le pouls est bon et l'état général est satisfaisant, on se borne à faire de nouveau 500 grammes de sérum et à faire prendre à la femme des boissons glacées. Le soir, la fièvre monte de nouveau à 39°8.

Le 2^e jour après l'opération, 15^e des couches, la fièvre est à 38° le matin, 38°3 le soir, mais à 2 heures, la malade a un violent frisson, à la suite duquel la température s'élève à 40°. Localement tout va bien, le ventre est souple, non douloureux; par le vagin sortent quelques débris noirâtres non fétides, on commence à donner des injections vaginales.

Le 16^e jour, la température qui, le matin était à 38°4, s'élève le soir à 41°, c'est-à-dire à un niveau plus élevé que les six jours précédents, le pouls très rapide reste bien frappé; la

respiration est un peu accélérée, mais l'auscultation du cœur et des poumons reste négative.

Du 14^e au 20^e jour, l'état reste sensiblement le même ; c'est-à-dire que l'on observe quotidiennement d'énormes ascensions thermiques, la fièvre vespérale étant de 40° à 41°, et deux fois par jour, surviennent, de violents frissons, à la suite desquels la température atteint presque 42°. On fait régulièrement à la femme 500 ou 600 grammes de sérum physiologique, le soir une piqûre de morphine, puis du champagne, du Todd, et du lait glacé que la malade prend en grande quantité.

Le 23^e jour, les fils sont retirés, l'incision est parfaitement cicatrisée ; l'opération a, en somme, merveilleusement guérie, aussi bien et mieux souvent que s'il se fut agi d'un fibrome ou de toute autre affection n'intéressant pas l'état général, mais cet état général n'en a pas été modifié, car, vraiment, nous ne pouvons logiquement tenir compte de l'abaissement relatif de température que le shock et l'hémorrhagie traumatique amenèrent pendant les deux premiers jours.

Du 24^e au 37^e jour, l'histoire quotidienne est toujours la même : 40° et 41° alternant avec 37° et 36°, frissons violents apparaissant à n'importe quelle heure et faisant monter le thermomètre presque à 42°, c'est-à-dire la marche à grandes et irrégulières oscillations de la pyohémie, cependant l'examen scrupuleux des divers appareils, pratiqué chaque jour, ne révèle de métastase nulle part.

En dehors du traitement déjà en usage, on essaie deux fois par jour les injections de bromhydrate de quinine qui n'amènent pas le moindre résultat.

Le 37^e jour, la malade se plaint de la jambe gauche, tout le membre est douloureux et oedématié ; le pronostic se trouve

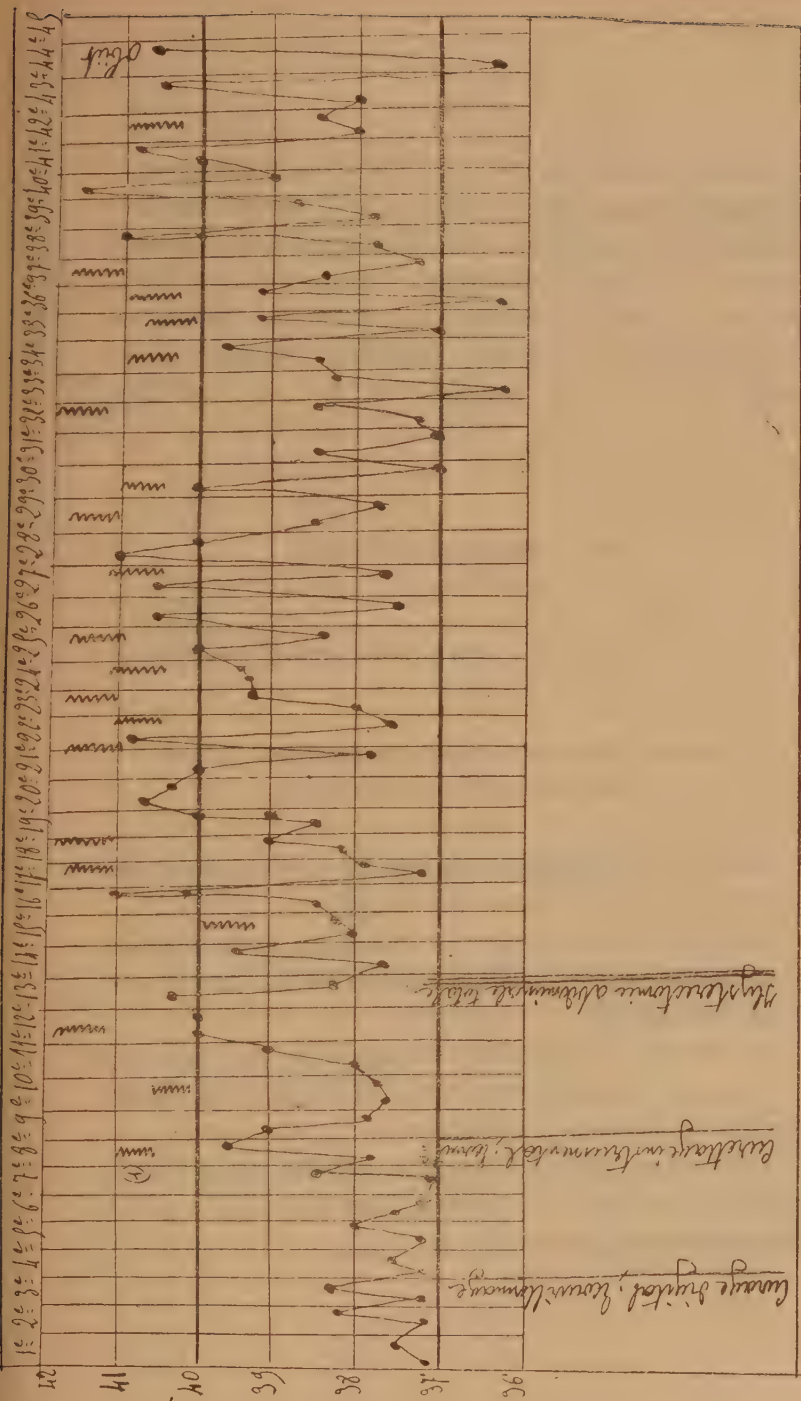
done très assombri par l'apparition de cette phlegmatia alba dolens, dont la valeur ne saurait nous échapper, dans de semblables cas ; du 37^e au 43^e jour, en effet, l'état empire manifestement, la température est ce qu'elle était auparavant, les frissons se répètent, le pouls devient petit, très fréquent. La malade est fatiguée par des vomissements et une diarrhée extrêmement fétide que les grands lavages intestinaux sont incapables de maîtriser ; les nuits sont à peu près calmes, grâce à la morphine, mais, toute la journée, la femme délire, et il devient presque impossible de l'alimenter.

Le soir du 43^e jour, la température est à 40°3, le matin du 44^e, elle s'abaisse à 36°3, puis saute à 40°8, et après cette dernière élévation, la malade succombe, sans autre accident particulier.

L'autopsie, pratiquée 36 heures après la mort, montre la cicatrisation parfaite de la plaie péritonéale ; dans aucun organe on ne trouva de foyers ; les reins étaient peut être un peu sclérosés, et les poumons contenaient quelques tubercules en voies de caséification. Il s'agit donc bien ici d'infection généralisée, de septicémie aiguë. Notons la virulence extraordinaire des germes ; car l'externe qui fit l'autopsie se piqua très légèrement au doigt, et, malgré une désinfection immédiate, eut un phlegmon de l'aisselle avec phénomènes généraux graves ; à l'heure où nous écrivons cette thèse, il est même impossible de se prononcer sur le pronostic.

Cette observation si intéressante nous montre, tout

(1) Au moment de faire imprimer cette thèse, nous apprenons que ce malheureux exténué, a succombé des suites de son phlegmon infectieux.



Beethovens in Kammermusik, 1800

Mythetochonia alba total.

(1) various significant persons.

John

particulièrement, l'inutilité absolue de l'hystérectomie pratiquée en pareil cas : sans doute, ce fait ne condamne pas la méthode, mais, tout au moins, est-il de nature à en rétrécir le champ d'indication : il nous montre, en effet, combien rapidement le chirurgien arrive trop tard, et enlève un utérus, septique il est vrai, mais chez un malade dont le sang est déjà infecté.

II. — Série d'observations.

CAS DANS LESQUELS ON A TENTÉ UN TRAITEMENT PRÉVENTIF

1^{er} groupe : Introduction de la main dans l'utérus, de suite après la délivrance.

Nous ne détaillerons aucune de ces observations qui n'ont rien présenté de particulier :

Dans six cas, la main fut introduite pour extraire des lambeaux plus ou moins considérables du chorion et de la caduque.

Dans un cas, il s'agissait d'un placenta découronné ;

Dans un cas, une rétraction de l'anneau de Bandl fit faire la délivrance artificielle.

Chez aucune de ces femmes, il n'y eut de température pendant le post-partum. Nous ne notons qu'un cas où il en fut autrement.

OBSERVATION. — Primipare de 26 ans; accouchement à 8 mois 1/2, naturel, d'un enfant vivant. Délivrance naturelle, 1 heure 10 après la sortie de l'enfant : membranes déchirées et incomplètes, par suite d'adhérences anormales : introduction de la main qui en ramène de grands lambeaux

Le 1^{er} jour des couches, température : 38°1 le matin ; 39° le soir.

Le 2^e jour, matin : 38°6; soir : 39°.

Le 3^e jour : chute à 37°; température qui se maintient pendant le reste des couches.

Dans ce même groupe, nous citerons un cas où le curage et l'écouvillonnage ont été pratiqués préventivement :

OBSERVATION. — Multipare de 36 ans; accouchement à 6 mois 1/2 d'un enfant mort, macéré et fétide. Cet accouchement s'est fait en ville. A mon arrivée à la consultation, délivrance naturelle, le placenta étant dans le vagin; mais le placenta est découronné et très altéré. Température : 37°9 à son entrée.

Quatre heures après, on fait préventivement le curage digital, suivi d'un écouvillonnage, et cette femme qui avait toute raison de s'infecter n'a pas eu de fièvre un seul jour.

Nous croyons pouvoir citer, près de ce cas, d'autres observations où la même technique fut employée; mais il s'agissait d'avortements; nous ne pouvons donc rapporter ces faits — sous peine de sortir du cadre de

notre thèse ; — bornons-nous à constater que les suites de couches ont été normales, quoique souvent plusieurs jours se soient écoulés entre le premier et le deuxième temps.

II^e groupe : Voici maintenant les cas dans lesquels un fil a été placé sur les débris de membranes retenues dans l'utérus.

— Dans trois cas, ont éclaté des accidents plus ou moins graves ; nous les citerons plus loin : bornons-nous actuellement à signaler les résultats des observations où les suites de couches furent apyrétiques.

Dans deux cas, les membranes ont été expulsées spontanément par l'injection vaginale donnée de suite après la délivrance ;

Dans deux cas, cette expulsion s'est faite le lendemain de l'accouchement ;

Dans deux autres cas, les membranes ne sont tombées que le deuxième jour du post-partum ;

Trois fois, l'expulsion s'est faite le troisième jour ;

Une fois, elles sont tombées le quatrième jour ;

Dans un cas, enfin, l'expulsion ne s'est faite que le sixième jour.

Dans ces onze observations, le fil est resté posé sur les membranes, et est sorti en même temps qu'elles, spontanément.

Voici maintenant trois cas dans lesquels l'infection a éclaté :

1^{er} cas. — Primipare de 22 ans; accouchement à terme d'un enfant bien constitué.

Délivrance naturelle une heure après l'accouchement : une partie des membranes est retenue dans l'utérus; un fil est posé sur leur moignon.

Rien d'anormal pendant les trois premiers jours des couches, mais le quatrième, au matin, la température monte subitement à 39°; un écouvillonnage à la glycérine créosotée est immédiatement pratiqué; après l'opération, la température vespérale est à 37°.

Le lendemain de cette intervention (5^e jour des couches), la température monte de nouveau à 39°2; on donne une injection intra-utérine.

Le 6^e jour, la fièvre reste à 38°8 le matin, 39°5 le soir; nouvelle injection intra-utérine.

Le 7^e jour, la température tombe à 37° et ne se relève plus. La malade sort guérie le 15^e jour.

2^e cas. — Primipare de 22 ans; accouchement à terme d'un enfant bien constitué. Délivrance naturelle une demi-heure après l'accouchement. Les membranes sont en partie retenues dans l'utérus : un fil est posé sur leur moignon.

Le 1^{er} jour des couches, on ne note rien.

Le 2^e jour, la température monte le soir à 38° et s'y maintient tout le 3^e jour.

Le 4^e jour, la température qui, le matin, était descendue à 37°, s'élève, le soir, à 38°6; en même temps, les lochies deviennent légèrement fétides; on pratique alors une injection intra-utérine.

Le 5^e jour, la température vespérale monte de nouveau à

38°8 ; la fétidité des lochies s'accroît ; on pratique alors un curage digital, qui ramène des débris de membranes, suivi d'un écouvillonnage à la glycérine créosotée. Le lendemain de cette intervention, la température ne dépasse pas 37°3 ; le surlendemain, elle s'élève à 38° le soir ; mais c'est là sa dernière ascension ; les jours suivants, la malade est apyrétique et sort guérie 13 jours après son accouchement.

Près de ces deux cas, où l'infection a pu être facilement jugulée, nous devons placer une 3^e observation, où les accidents ayant revêtu un caractère d'extraordinaire intensité, amenèrent la mort : voici in-extenso l'histoire clinique de cette malade.

3^e cas. — St..., 18 ans, passementière, entre à la maternité de la Charité le 4 juin 1900. C'est une primipare bien constituée et de bonne santé antérieure. La grossesse, qui s'est bien passée, est actuellement à terme.

Les premières douleurs sont apparues le 3 juin, à 4 heures du soir ; le 4, à 11 heures du matin, la dilatation étant complète, on rompt les membranes et le liquide amniotique s'écoule légèrement teinté de méconium : l'enfant se présente en OIDP ; les contractions, puissantes et rapprochées, amènent l'expulsion en 25 minutes ; l'accouchement est terminé à midi, 20 heures après le début du travail. L'enfant, bien constitué, pèse 3.260 grammes

Vingt minutes après l'accouchement, la délivrance s'opère naturellement, accompagnée d'une légère hémorrhagie. Mais le placenta ayant été expulsé très rapidement, l'élève de garde

qui assistait la femme ne put le retenir assez tôt et une partie des membranes resta dans l'utérus. On place alors un fil sur leur moignon et l'on donne une injection vaginale au sublimé. Le soir de l'accouchement, la température est à 37°.

Le 1^{er} jour des couches est apyrétique ; de même, le 2^e jour, la température reste à 37°3.

Le 3^e jour, à 5 heures du matin, le fil placé sur les membranes tomba sans amener l'expulsion de ces dernières ; dans la même journée, à 2 heures du soir, la malade expulse, pendant qu'on lui donne une injection vaginale, un assez grand lambeau de membranes. Mais les lochies étant devenues légèrement fétides et la température s'étant élevée le soir à 38°2, la malade est isolée, on pratique un écouvillonnage à la glycérine créosotée, suivi d'une injection intra-utérine de 12 litres de permanganate de potasse.

Le lendemain de cette première intervention, 4^e jour des couches, la température est à 37°6, matin et soir ; on donne deux injections intra-utérines au permanganate.

Le 5^e jour, au matin, la température monte brusquement à 40°6 ; il n'y a plus de fétidité des lochies ; l'état général est sensiblement modifié : la langue sèche, la peau brûlante, la respiration précipitée font craindre une généralisation de l'infection. Aussitôt la femme est endormie au chloroforme et on pratique le curetage soigneux de la cavité utérine : celle-ci est d'abord râclée par de grandes curettes mousses, puis par des curettes plus petites et tranchantes qui ramènent quelques débris de membranes. (Leur examen bactériologique y démontre la présence de streptocoques en longues chaînettes, extrêmement abondantes et cultivant avec une rare vitalité). Ce curetage est suivi d'un écouvillonnage à la glycérine créos-

otée au 15^e et d'une injection intra-utérine de 12 litres de permanganate de potasse. Puis, une mèche imbibée de glycérine créosotée est placée dans l'utérus. Aussitôt après, on fait à la malade 600 grammes de sérum physiologique en injection hypodermique.

Le soir, la température, qui n'est descendue que de 2 dixièmes, est à 40°4 ; le pouls, très fréquent, est bien frappé. La malade ne souffre pas.

Le 6^e jour, la température matinale est de 40°2, l'utérus est détamponné et l'on fait une injection intra-utérine au permanganate ; le soir, la température monte à 40°9. La nuit est agitée.

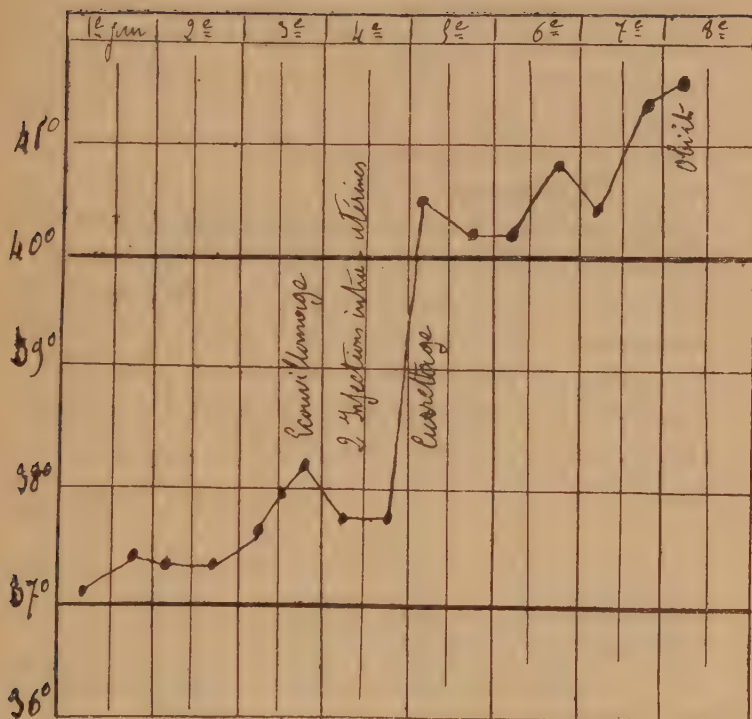
Le 7^e jour, la température est, au matin, à 40°6 ; la malade délire et ne reconnaît plus personne de son entourage. La respiration est très fréquente, le pouls presque incomptable. L'auscultation ne révèle rien d'anormal au cœur ni aux poumons.

De nouveau, on pratique une injection hypodermique de 600 grammes de sérum d'Hayem ; en même temps, on fait prendre à la malade un grand lavement froid de ce même sérum. L'urine contient un nuage assez important d'albumine.

Les bains froids sont alors institués ; le premier est donné à 6 heures du soir et fait tomber la température de 41°2 à 39°8. Dans la nuit, trois autres bains sont administrés et amènent chacun une chute momentanée de température, de 1 degré et quelques dixièmes.

On essaie de faire boire à la malade du lait glacé, du champagne et du Todd.

Le 8^e jour, la température matinale atteint sa plus haute élévation : le thermomètre marque 41°6 ! Le pouls est incomp-



table, les cornées vitreuses ; la malade a perdu connaissance du monde qui l'entoure et elle succombe à midi.

Aulopsie pratiquée 30 heures après la mort : le cadavre a déjà subi des altérations très avancées.

Poumons : paraissent sains.

Reins : assez gros, blancs, offrant quelques scissures un peu plus profondes que normalement : à la coupe, congestion de la substance médullaire.

Foie : trop altéré pour fournir le moindre indice.

Rale : très volumineuse.

Ulérus : assez bien revenu sur lui-même ; mesure à peu près 20 centimètres de hauteur ; à la coupe, on trouve une muqueuse n'existant plus que par endroits, sous forme de débris putrilagineux. La musculature est ferme et paraît saine.

En somme, on peut conclure à une *infection généralisée* : streptococcie à marche aiguë, ayant été trop vite pour que des métastases aient eu le temps de se produire.

DEUXIÈME PARTIE

DÉDUCTIONS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Notions préliminaires.

*Coup d'œil d'ensemble jeté sur les documents fournis
par la clinique.*

Si nous jetons un regard d'ensemble sur les observations accumulées dans la première partie de cette thèse, nous sommes frappés de ce double fait :

1° Chaque fois que l'on a agi préventivement, c'est-à-dire de suite après la délivrance, sans attendre l'apparition du moindre accident, les suites de couches ont été parfaitement normales, sauf dans un cas, où pendant deux jours il y eut un peu de température qui cessa spontanément au troisième. A l'exception d'une

fois, où il fut pratiqué un écouvillonnage immédiat, cette intervention a toujours consisté dans l'introduction de la main dans l'utérus, immédiatement après la sortie de l'arrière-faix.

2° Quand, au contraire, on a adopté le parti de l'expectation, se contentant d'assurer l'asépsie du vagin et quelquefois même croyant désinfecter l'utérus, par des injections intra-utérines, on a vu fréquemment des accidents infectieux éclater : accidents souvent légers, — mais parfois graves — dont l'un même entraîna la mort !

Une semblable impression se dégage des faits où, suivant le conseil de Tarnier, un fil a été placé sur le moignon de membranes sortant du col. — Sur 14 cas, trois fois l'infection est survenue, et si, deux fois elle a pu être facilement jugulée, la troisième fois elle a entraîné la mort en huit jours.

En présence de ces faits, nous sommes en droit de nous demander si les méthodes actuellement en usage, pour combattre la rétention des membranes, sont toutes rationnelles et suffisantes, si surtout, et c'est pour nous le point capital, il n'y aurait pas lieu d'établir, systématiquement, un traitement prophylactique.

Mais avant d'exposer dans ses détails, la méthode à laquelle nous accordons la préférence, il nous paraît à propos de résumer brièvement les opinions des divers auteurs qui se sont occupés de la question, tant en France qu'à l'étranger.

Historique.

Nous empruntons ces documents à la thèse de Frey (1), où se trouve résumée l'histoire thérapeutique des rétentions placentaires et membraneuses.

I^{re} période. — D'HIPPOCRATE à M^{me} LACHAPPELLE :

Les anciens cliniciens semblent avoir été très interventionnistes ; c'est ainsi qu'*Hippocrate* employait tous les moyens qui étaient en son pouvoir, pour vider de suite, l'utérus.

Celse, Aetius, Paul d'Egine, Avicène suivent la même conduite.

Mais, tous ces auteurs agissaient un peu à l'aveugle, et il nous faut arriver à *Ambroise Paré* pour trouver une indication nettement formulée ; il recommande, en effet, d'extraire tout ce qui reste du délivre, même à titre préventif, *pour obvier et éviter les accidents prédits*, à l'aide de la main et des doigts.

Au commencement de ce siècle, *Madame Lachappelle* et *Madame Boivin* recommandent catégoriquement l'expectation ; les accidents éclatent-ils, on videra l'utérus manuellement, sans jamais faire usage d'instruments..

(1) Frey. Thèse Paris, 1896.

II^e période. — ACTUELLEMENT LES AVIS SONT TRÈS
PARTAGÉS :

Tous les gynécologistes sont interventionnistes précoces au point de vue qui nous intéresse.

Weit, dans toute délivrance incomplète recommande d'agir d'une façon précoce, sans attendre l'apparition de fièvre et de fétidité des lochies, il préconise le curage digital.

Boëters professe, également, la doctrine de l'intervention précoce, mais en accordant la préférence au curetage instrumental.

Fehling pratique le curage digital, si, au bout de 10 à 12 heures, les débris ne sont pas expulsés.

Brennecke, *Prokownicks*, *Roebenaü* interviennent de même, à titre préventif.

En somme, tous les auteurs allemands admettent l'intervention précoce : les divergences ne portent que sur la technique employée.

Les auteurs anglais sont, sur ce point, divisés : Tandis que les uns, avec *Mundé*, n'interviennent qu'après l'apparition des accidents, les autres, avec *Allaway* et *Maran* préconisent l'intervention très précoce.

En France, nous voyons *Pajot*, *Tarnier*, *Auvard* préconiser l'expectation tant qu'il n'y a pas d'accidents. Deux thèses, celles de Gerbaud (1885), et de Genesteix (1886) répandent ces théories.

Mais, en 1886, *Dolérès*, le premier, publie dans les *Annales d'obstétrique et de gynécologie* un travail où

il se montre partisan de l'intervention précoce, c'est-à-dire lors du plus léger signe d'infection ; même, il propose l'intervention prophylactique, dont il limite les indications aux cas d'avortement.

Cette doctrine trouva des partisans dans Charpentier et dans Albert Wisard (1) et Chartier (2) qui consacrèrent leur thèse à cette étude.

Enfin, nous arrivons à *Pozzi*, qui, en 1888, préconise, d'une façon systématique, le curetage instrumental comme traitement prophylactique dans tous les cas de rétention, aussi bien après l'accouchement qu'après l'avortement ; ces idées furent vulgarisées dans la thèse Charier (3).

Mais c'est à M. le professeur Budin que revient surtout l'honneur d'avoir préconisé et employé l'écouvillonnage dans le traitement de la rétention des débris soit placentaires, soit membraneux. A lui aussi revient spécialement l'honneur d'avoir établi d'une façon absolument claire et précise les règles de l'intervention dans le cas de septicémie puerpérale consécutive à la rétention de ces débris dans la cavité utérine. Comme notre maître M. Maygrier, M. Budin est également partisan de l'intervention prophylactique dans ce cas, et c'est la conduite qui est maintenant de règle à l'admirable clinique d'accouchements de la rue d'Assas.

(1) Albert Wirard. Thèse Paris, 1889.

(2) Chartier. Thèse Paris, 1889.

(3) Charier. Thèse Paris, 1891.

Dans une thèse (1) soutenue dernièrement à la Faculté de Médecine de Paris, M. Georghiu, s'occupe du traitement de l'infection puerpérale confirmée. Comme nous, il recommande en cette occurrence le curage digital et l'écouvillonnage avec l'écouvillon en côtes de plumes de M. le professeur Budin et il décrit le manuel opératoire de cette opération d'une façon très claire et complète. Mais il n'aborde pas ou du moins ne fait qu'indiquer le traitement prophylactique et immédiat de la rétention des membranes, question spéciale qui fait le sujet bien délimité de cette thèse.

Donc, si nous résumons cet historique, nous voyons que si bon nombre d'auteurs préconisent l'intervention précoce, c'est-à-dire lors de la moindre alerte, bien peu encore parlent de l'intervention prophylactique.

Cette confiance de la plupart des gynécologistes en la bénignité du pronostic nous paraît étayée sur deux ordres de faits: tout d'abord, l'extrême fréquence de la rétention des membranes comparativement au nombre d'infections qui en résultent, en second lieu, la rétention habituelle, pour ne pas dire fatale de la caduque lors de la macération du fœtus.

Mais deux cas de mort arrivés, dans le même mois, dans la même maternité, nous paraissent de nature à éveiller quelques craintes au point de vue du pronostic. En présence de l'échec, d'interventions précoces et radi-

(1) *Contribution à l'Etude clinique du traitement de l'infection puerpérale.* (V. Gheorghiu, Thèse Paris, avril 1900.)

cales, telles que le curettage, lors des premiers accidents, et même l'hystérectomie après cette tentative — nous doutons que le traitement curatif, ou soi disant tel soit suffisant, et à la suite de Pozzi, de M. le professeur Budin, ainsi que de plusieurs auteurs allemands, nous venons proposer d'agir *prophylactiquement*.

Division de notre étude.

Nous nous proposons donc d'étudier successivement ces différents points :

- 1^o Comment prévenir la rétention des membranes?
- 2^o Cette rétention s'étant produite, doit-on agir prophylactiquement, et comment pourra-t-on le faire?
- 3^o Dans les cas où, pour une cause quelconque, cette intervention prophylactique n'aura pas été faite, comment faire face aux premiers accidents?

1^o *Comment prévenir la rétention des membranes?*

Tout d'abord, il faut reconnaître qu'un certain nombre de cas nous échappent à ce point de vue : ce sont ceux, encore fréquents actuellement, où la femme se délivre seule : alors le placenta sort spontanément de la vulve, et si l'œuf peut être intact, bien souvent au contraire la totalité ou une partie des membranes reste dans l'utérus.

Mais chaque fois que l'on peut surveiller une femme, on ne laisse pas la délivrance s'opérer spontanément : la plupart des accoucheurs s'entendent pour substituer à ce mode spontané, le mode *naturel*, c'est-à-dire que, confiant aux seules contractions utérines, le décollement placentaire, ils interviennent sitôt ce temps accompli.

Or, de la manière dont on intervient pour délivrer une femme dépend, le plus souvent, la déchirure des membranes, et, par suite, leur rétention dans la cavité utérine.

C'est dire que le vrai traitement prophylactique de la rétention des membranes réside *dans une délivrance bien faite*.

Nous n'avons pas à décrire, ici, les divers procédés de délivrance : tous les classiques se sont étendus longuement sur ce temps capital, au point de vue pronostic, de la parturition.

Nous voulons simplement envisager ici les avantages que peuvent présenter les différents procédés actuellement employés.

Ces procédés se ramènent finalement à deux : la méthode des tractions, et celle de l'expression utérine.

1^o *Méthode des tractions sur le cordon*. — Ce procédé offre plusieurs graves inconvénients ; tout d'abord, il expose, pour peu que les tractions soient faites d'une façon un peu brutale ou prématurée, au décollement du placenta, c'est-à-dire à la rétention en masse des membranes.

En second lieu, on peut avoir à faire, dans des circonstances qui nous échappent encore, à des membranes spécialement friables; dans ce cas, le placenta vient facilement, les membranes paraissent le suivre, mais quand on examine l'œuf sur la table, on voit qu'une partie s'est détachée, souvent sans qu'on l'ait sentie, et qu'elle est demeurée emprisonnée dans l'utérus.

2° *Méthode de l'expression utérine.* — Cette expression, telle que Crédé la conseille, à la suite de R. W. Johnson, White, J. D. Busch, c'est-à-dire pratiquée de suite après la sortie de l'enfant est, indiscutablement, rationnelle dans son principe: elle renforce, en effet, la vis a tergo créée naturellement par la contraction utérine. Mais, pratiquement, elle semble devoir exposer trop facilement à la déchirure des membranes: cet accident peut, en effet, se produire de deux façons:

α) soit par sortie trop brusque du placenta, qui, décollé le premier, s'échappe rapidement, semblable à un noyau de cerise que l'on ferait fuir entre deux doigts, et de ce fait se découronne, en totalité ou en partie;

β) Soit par suite de l'adhérence anormale des membranes. Aussi, la méthode de Crédé devient-elle particulièrement défavorable quand on a à faire à des membranes ayant subi la dégénérescence fibro-graisseuse, fibreuse ou calcaire (1).

(1) Tarnier et Chantreuil. *Traité de l'art des accouchements* (t. I.).

Tels sont les deux procédés, imparfaits l'un et l'autre ; comment donc faut-il agir ?

3^o *Procédé de choix*. — En tenant compte des cas dans lesquels la rétention des membranes s'est produite, ainsi que des circonstances étiologiques qui prédisposent à cet accident, on peut formuler les préceptes suivants :

α) *Savoir attendre* : cette loi générale en obstétrique est surtout vraie lorsqu'il s'agit de la délivrance : c'est parce que l'on se presse trop de délivrer la femme, que l'on obtient un œuf incomplet ; c'est cette hâte qui fait le principal inconvénient de la méthode de Crédé. Nous savons, en effet, que lors de l'expulsion du fœtus, les annexes, dans la très grande majorité des cas sont encore complètement adhérentes aux parois utérines il faudra plusieurs contractions pour décoller le placenta, et alors que cet organe est libre, alors même qu'il s'engage dans le canal cervical, les membranes, elles, restent encore attachées à l'utérus, et ce ne sera qu'une demi-heure, et souvent plus, après la sortie de l'enfant, qu'elles sont complètement décollées.

β) *Quand le placenta est, tout entier, dans le vagin*, on est alors, mais seulement alors, autorisé à finir la délivrance. Mais comment ? A ce point de vue, nous pouvons envisager deux cas, suivant que le décollement de l'œuf est parfait ou non.

1^{er} cas. — Le décollement de l'œuf est parfait : c'est alors que l'on peut, en bonne logique tenter des trac-

tions sur le cordon : ces tractions devront réunir trois qualités :

Être extrêmement modérées : il ne s'agit pas de décoller un organe, mais seulement de le faire glisser au travers du canal cervico-vaginal, bien lubrifié, et largement distendu par l'accouchement ;

Ne jamais être pratiquées d'une façon intermittente ; car la moindre augmentation dans la force des tractions pourra déchirer les membranes ;

Être exercées seulement dans l'intervalle des contractions ;

C'est en se soumettant à ces trois règles, que l'on verra, suivant l'expression des classiques, les « membranes sortir en bavant », et que l'on pourra espérer les avoir toutes en une seule pièce.

2^e cas. — Mais, dans d'autres circonstances, la délivrance peut tarder beaucoup plus à se faire : ce serait une faute que d'attendre trop longtemps, car la rétraction de l'utérus risquerait de se produire. On interviendra donc, après un temps variable, suivant le cas, mais qui, toutes conditions égales par ailleurs, ne nous semble pas devoir dépasser une heure au maximum. Et c'est alors que l'expression utérine nous paraît reprendre tous ses droits ; à condition d'être pratiquée d'une façon modérée, physiologique en quelque sorte, comme le disent Tarnier et Chantreuil, cette méthode sera excellente en amenant le décollement de la partie membraneuse de l'œuf.

Remarques. — Cependant, il peut arriver que malgré l'observation scrupuleuse de ces préceptes, les membranes résistent : le clinicien possède deux moyens d'obvier à cette difficulté.

Le premier consiste à soutenir soigneusement le placenta dans la main gauche, tandis que la droite s'introduit dans le vagin, dans le col même si possible, pour prendre un point d'appui sur les membranes, le plus haut possible, c'est-à-dire le plus près de leur terminaison ; on diminue d'autant leur chance de déchirure ; ce procédé est excellent et réussit chaque jour en clinique.

Le second (1) consiste à saisir à pleine main le placenta et à lui faire exécuter un certain nombre de mouvements de rotation sur lui-même de manière à enrouler les membranes qui forment, alors, une espèce de corde derrière lui : cette corde, nous disent Tarnier et Chantreuil, a l'avantage d'être plus résistante que les membranes avant leur enroulement ; du reste, il faut la saisir le plus haut possible, dans le vagin, près du col, et l'attirer très doucement vers l'extérieur.

Ce procédé n'est pas sans offrir quelques inconvénients, et (2) Cros, dans sa thèse, met bien en lumière ses dangers principaux ; en effet, si ce moyen est très utile pour parfaire un décollement inachevé de mem-

(1) Tarnier et Chantreuil. *Loc cit.* (T. I.)

(2) Cros. Thèse de Paris, 1897.

branes saines, il devient néfaste quand l'œuf est malade, comme dans le cas de macération.

De plus, il expose toujours à la déchirure des membranes : il pourra même provoquer cette déchirure quand des caillots se sont accumulés dans la poche membraneuse faisant hernie hors du col ; aussi, avant de tenter cette manœuvre, faudra-t-il s'assurer avec soin de l'absence de toute hémorrhagie capable de distendre cette partie de l'œuf.

Enfin, avant de terminer ce chapitre, il nous faut envisager deux cas capables d'amener la déchirure des membranes, lors de la délivrance :

Le premier est la *Rétraction de l'anneau de Bandl* mais le plus souvent, cet inconvénient sera prévu, car il aura constitué une cause de distocie pendant l'accouchement ; aussi, n'attendra-t-on pas, pour pratiquer, de suite, la délivrance artificielle. On suivra la même conduite dans ces cas où le délivre, enchatonné dans l'une des cornes restera, suivant la pittoresque expression des vieux auteurs : « emprisonné dans l'arrière-boutique de la matrice ».

En second lieu, on pourra avoir à faire à une rétraction précoce de l'utérus, dont le col revient très vite sur lui-même ; cet accident est rare. Pour le vaincre, Pinard, cité par Valentin (1), propose la dilatation de l'anneau cervical au moyen des ballons de Champetier. Nous ne pouvons porter aucun jugement sur cette méthode que nous n'avons jamais vu employer. Nous

(1) Valentin. Thèse de Paris, 1889.

croyons que, dans la très grande majorité des cas, on viendra facilement à bout de cet obstacle par la dilatation manuelle du col, suivi de la délivrance artificielle.

Tels sont les moyens de nature à prévenir la déchirure des membranes ; si, cependant, en dépit de tout, cet accident s'est produit, que devons-nous faire ?

II. — *La Déchirure s'étant produite, que doit-on faire ?*

Il nous faut tout d'abord, diviser les cas en deux sortes, suivant que l'on se trouve à même d'agir tout de suite après la délivrance, ou seulement plus tard.

1^{ers} cas : On est à même d'agir tout de suite après la délivrance. C'est heureusement le cas de beaucoup le plus fréquents, celui que l'on observe, chaque jour, dans nos maternités ; or, c'est à ces cas que s'applique essentiellement le traitement « *prophylactique* » de l'infection, sur lequel nous voulons insister spécialement.

Le premier point à établir est celui-ci :

Y a-t-il déchirure des membranes ? — Nous n'avons pas ici à traiter en détail le diagnostic de la rétention des membranes ; cette question a été faite avec soin dans de nombreuses thèses, celles de Thérét et de Valentin particulièrement, et tous les classiques insistent sur ce point.

(1) Thérét. Thèse de Lille, 1891.

(2) Valentin. Thèse de Paris, 1889.

Nous dirons simplement que ce diagnostic repose uniquement sur l'examen soigneux de l'arrière-faix ; après avoir examiné le placenta sur ses deux faces utérine et fœtale, on le pose sur la table, et la main introduite dans l'œuf, on tend les membranes en faisant bien attention à ne pas les déchirer ; celles-ci doivent être examinées par transparence. De plus, et c'est là une précaution qu'il ne faut jamais omettre dans les cas douteux, on doit essayer de *séparer* les trois membranes les unes des autres. Il arrive fréquemment que l'amnios est décollé du chorion en totalité ou en partie ; on s'efforcera de le replacer dans sa position première pour en constater l'intégrité. La caduque devra attirer tout particulièrement l'attention, car c'est elle qui est le plus facilement retenue ; on se rappellera que c'est une membrane dont l'épaisseur atteint, en moyenne, un demi-millimètre ; sa face interne adhère au chorion dont elle se laisse séparer plus ou moins facilement ; sa face externe est irrégulière et jaunâtre ; on y voit courir quelques vaisseaux pleins de sang. Souvent elle revêt un aspect couenneux, aréolaire, en tous cas, elle est toujours molle, et très facile à déchirer.

Dans les cas de macération du fœtus, cette membrane prend un aspect tout spécial ; elle est alors épaissie, tomenteuse ; elle reste, le plus souvent dans la cavité utérine, et sur le délivre on n'en trouve plus que des débris jaunâtre ou marron-clair adhérents au chorion au voisinage du placenta. Dans quelques cas ces plaques dividuals apparaissent mamelonnées et couvertes d'érosions. Dans ces mêmes cas, le chorion peut

également être retenu ; on note alors un développement excessif des villosités, donnant lieu à de petites hémorragies ; du reste, on en trouve toujours des îlots sur l'amnios ; quant à cette dernière membrane elle est beaucoup plus résistante, aussi n'en reste-t-il presque jamais dans l'utérus.

Il faut, enfin, tenir compte d'une cause d'erreur, parfois la tête de l'enfant, qui naît coiffé suivant l'expression populaire, arrache comme à l'emporte-pièce un disque membraneux qui doit pouvoir compléter la poche ovulaire.

Supposons donc la déchirure reconnue.

Que faut-il faire ? — Nous avons étudié, en traçant l'historique, les diverses opinions des auteurs ; nous n'y reviendrons pas. La clinique nous porte à admettre qu'il est nécessaire d'intervenir immédiatement, c'est-à-dire à ne pas laisser au hasard le soin d'expulser ou non ce qui reste dans l'utérus. Or, à ce point de vue, quatre modes de traitement ont surtout été proposés ; examinons les tour à tour.

1^o *Procédé de Tarnier* « *pose d'un fil sur les membranes* ». — Tarnier et Chantreuil écrivent, dans le 1^{er} tome du traité des accouchements : « lorsqu'un morceau de membrane reste adhérent à l'utérus, nous conseillons de le couper après avoir placé sur son moignon une ligature au moyen de laquelle on pourra quelques heures ou quelques jours plus tard, extraire complètement le reliquat des membranes. » Ce procédé

a très souvent été employé, et disons-le, il a bien fréquemment réussi. Cependant, en compulsant les observations placées dans la première partie de cette thèse, on verra que sur les quatorze cas que nous avons pu réunir, trois fois des accidents infectieux ont éclaté, et sur ces trois femmes, l'une a succombé en 8 jours, d'infection suraiguë. Ce procédé offre en effet, deux inconvénients principaux : tout d'abord, le fil peut tomber sans que pour cela les membranes soient expulsées : c'est justement ce qui a eu lieu chez cette malheureuse femme. En second lieu, et cet argument a encore beaucoup plus de valeur, le fil constitue un drainage permettant aux nombreux germes vivants normalement dans le vagin de monter dans la cavité térine, et là d'y pulluler, trouvant un substratum organique dans les débris membraneux. C'est donc là faire usage d'une arme à double tranchant qui, si elle n'amène pas, de suite un bon résultat, peut devenir cause des pires accidents. Aussi, en dépit des faits qui plaident en sa faveur, nous n'hésitons pas à abandonner ce procédé ; c'est là, du reste, la doctrine que professent, actuellement, beaucoup d'accoucheurs, et dont, en particulier, M. le docteur Maygrier se fait le défenseur.

2^o *Méthode de Kaltenbach.* — Kaltenbach, de Vienne, propose un mode de traitement que nous trouvons analysé dans la thèse de Halpern (Paris, 1899) ; résumons-le brièvement : ce procédé, basé sur l'absence de microbes, à l'état normal, dans la cavité utérine, et sur leur fréquence ordinaire dans le vagin.

il n'y aurait donc, dit l'auteur, aucun danger à laisser des débris de membranes dans la cavité utérine, à condition de ne laisser aucun de ces débris faire issue dans le vagin. Il faut donc éviter, à tout prix, d'introduire les mains dans l'utérus ; et pour obvier aux accidents par rétention de membranes, on arrachera très soigneusement tout ce qui dépasse dans le canal vaginal, en même temps que l'on assurera son asepsie, le plus rigoureusement possible. Puis on administrera de l'ergotine, dans l'espoir de hâter l'expulsion des reliquats.

Halpern, discutant les indications de cette méthode, l'admet quand l'utérus est aseptique, ou encore quand il y a un état général infectieux bénin. Nous avouons, tout d'abord, mal comprendre ces deux indications : au moment même de la délivrance, sait-on si l'utérus est absolument aseptique ? sait-on surtout si l'état infectieux est réellement bénin ? La clinique nous a habitués aux formes sournoises se présentant sous les aspects les plus calmes, et évoluant subitement vers la terminaison fatale.

Quant à la méthode elle-même, nous ne pouvons la juger cliniquement, ne l'ayant jamais vu employer ; nous dirons simplement qu'elle va contre tout ce que nous savons de la bactériologie puerpérale ; des membranes aseptiques dans un utérus aseptique ne donneront pas d'accidents, c'est vrai ; mais est-ce que ces membranes, par leur présence même, ne vont pas

(1) Herbart, *Zeitchrift für Geburt, and Gynecologie*, 1888.

jouer un rôle néfaste ? Nous l'avons déjà écrit dans notre préface, tout corps étranger empêche l'utérus de bien revenir sur lui-même : ce col reste béant, la route est ouverte à l'ascension des germes du vagin, et les débris lui fourniront un milieu de culture excellent. Quant à l'*administration de l'ergotine* au risque de paraître trop absolu, *nous la rejetons systématiquement*, à la suite de la plupart des classiques, *tant que le moindre débris reste dans l'utérus*.

3^e *Introduction de la main dans l'utérus*. — C'est là, sans aucun doute, le procédé de beaucoup le plus usité. Thérét (1) le juge assez sévèrement : « Merveilleux quand il s'agit de débris placentaires, ce procédé devient souvent illusoire pour les débris membraneux ». Évidemment, ce fait est indiscutable : il nous est souvent arrivé, comme à tout le monde, d'introduire la main dans l'utérus, de l'explorer très soigneusement sans réussir à ramener le moindre débris. Cependant ces échecs, minimes en réalité, ne nous semblent pas suffisants pour rejeter un procédé qui a pour lui sa grande bénignité : Nos observations nous montrent, en effet, que jamais, à la suite de cette manœuvre, il n'y a eu d'accidents infectieux sérieux. Le transport, par la main, des germes du vagin dans l'utérus, est un péril facile à écarter : il suffit de désinfecter, bien à fond, le vagin, avec une longue injection au permanganate, après savonnage de la vulve, pour se mettre à l'abr

(1) Thérét. Thèse de Lille, 1897.

de tout danger. Du reste, au moment où l'on est appelé à faire cette légère intervention, la femme a déjà reçu, tant avant son accouchement qu'après, et lors de sa délivrance, nombre d'injections antiseptiques.

Mais enfin, nous le répétons, ce procédé peut échouer. Que nous reste-t-il ? une quatrième méthode :

4° *Curage et écouvillonnage préventif*. — La plupart des classiques, nous l'avons vu en traçant l'histoire de cette question, consentent bien à user des méthodes de prophylaxie très simples et très bénignes, que nous venons d'étudier ; mais beaucoup se refusent à accepter une intervention un peu plus complexe : le curage de l'écouvillonnage. Nous avons vu également, que Pozzi, le premier en France, écrit, dans un traité de gynécologie, qu'il sera prudent de pratiquer le curage préventif dans les cas de rétention de débris olaires. Or, c'est cette opinion, qui est aussi celle de nos maîtres MM. Budin et Maygrier, que nous avons voulu défendre dans cette thèse : puisque nous possédons un moyen facile et sûr de se mettre à l'abri de la possibilité de toute injection ultérieure, pourquoi ne pas l'employer ?

On ne peut pas alléguer contre lui sa difficulté ? Il n'en a pas ! rien n'est plus facile à curer qu'un utérus, de suite après la délivrance. A-t-il des dangers ? non, car autant l'emploi de tout instrument peut devenir néfaste, autant il est aisé de ne pas blesser un utérus avec le doigt ou avec un écouvillon.

Nous avons souvent entendu M. le docteur Maygrier préconiser cette intervention prophylactique, et nous rapportons, dans cette thèse, un cas où il fut heureusement pratiqué. La clinique et la bactériologie s'associent pour légitimer l'emploi systématique de cette intervention. Maintenant, une question se pose : quand faudra-t'il intervenir ? Nous croyons qu'il n'y a aucun avantage à attendre ; pourquoi ne pas profiter du moment où le col, encore largement béant, permet très facilement l'intervention de la main ou d'un écouvillon.

Cette méthode qui, d'après nous, pourrait être appliquée à tous les cas, nous semble surtout rationnelle quand il s'agit de fœtus macéré : dans ce cas, en effet, on a à faire à une caduque malade, épaissie, souvent très adhérente par plaques ; l'état de la mère la met souvent en position de moindre résistance vis-à-vis de l'infection ; aussi, l'écouvillonnage précoce est-il très nettement indiqué.

Pour pratiquer l'écouvillonnage, l'on se sert d'écouvillons de différentes dimensions, suivant l'état de dilatation du col de la matrice. Ce sont des écouvillons analogues à celui inventé par M. Doléris, mais dans lesquels M. le professeur Budin (1) a très heureusement remplacé le crin par des côtes de plumes : ce qui les rend beaucoup plus résistants. Tel qu'il est, l'écouvillon en côtes de plumes de M. le professeur Budin est un instrument aussi simple que pratique,

(1) Budin. *Société obstétricale de France*, 1893.

permettant de faire un raclage et un nettoyage parfaits de la cavité utérine : ce sont des instruments d'utilité presque journalière, et pouvant rendre à l'occasion de très grands services (1).

En résumé, voici donc quelle est notre conduite :

1^o De suite après la délivrance, introduire la main dans l'utérus et essayer d'en extraire les lambeaux de membranes.

2^o Si l'on n'y réussit pas, ou si l'on a à faire à un enfant macéré, pratiquer l'écouvillonnage préventif, sans attendre les débuts des accidents.

Mais, nous n'avons envisagé jusqu'ici, que les cas où le médecin accouchant lui-même la femme est à même d'agir aussitôt après la délivrance. Il nous faut maintenant étudier ceux, heureusement rares, où la femme ne vient à l'hôpital que plus tardivement, un ou plusieurs jours après qu'elle a été délivrée :

2^e cas : On ne voit la femme que lors du post-partum.

— Le premier point à établir, est l'existence même de la rétention de membranes : quand on sera à même de voir l'arriè-faix, ce diagnostic sera facile, mais nous en avons déjà suffisamment parlé dans la première

(1) Ces écouillons, aseptisés au préalable, sont imbibés largement au moment de l'intervention de glycérine créosotée (solution au 1/5^e ordinaire), mais on peut employer une solution plus concentrée dans certains cas.

partie de ce chapitre. Mais, plus souvent, ces renseignements manqueront ; il faudra alors se guider sur l'observation des signes cliniques, ainsi que sur la connaissance des conditions étiologiques prédisposant à la rétention ; résumons brièvement les points principaux de ce diagnostic.

a) Notions étiologiques pouvant faire penser à la rétention de débris membraneux. — Cette étiologie se trouve faite très complètement dans les thèses de Thérét et Cros. Elle peut être ainsi esquissée.

1° *Causes prédisposantes :* *a)* adhérences anormales venant d'une endométrite hyperplanique, polypeuse, ou kystique : A ce point de vue, il faudra beaucoup se méfier des hémorrhagies survenues au cours de la grossesse.

b) Minceur et friabilité des membranes.

c) Dissociation des membranes consécutives à de très nombreuses causes, parmi lesquelles nous citerons surtout : les insertions vicieuses, les présentations du tronc, la rupture tardive de la poche des eaux, l'existence de poche amnio-choriale.

d) La mort du fœtus, cause principale. Ici deux cas sont à distinguer : les annexes sont-elles saines : il n'y a pas plus de chance qu'il se produise une rétention qu'à la suite de tout autre accouchement ; sont-elles malades, au contraire ? la rétention de la caduque devient la règle.

2° *Causes déterminantes :* Elles résident toutes dans

la façon dont la délivrance s'est faite, ou a été faite : dans des cas, l'accoucheur n'y est pour rien : le placenta est sorti subitement ; d'autrefois il aura fait une intervention malheureuse, en opérant d'une façon prématurée des tractions sur le cordon ou l'expression utérine.

b) Symptômes devant faire soupçonner la rétention.

— Il est de toute nécessité, si l'on veut éviter des accidents graves, d'être à l'affût du moindre signe capable de faire penser que l'utérus n'est pas complètement vide : dans cet ordre d'idées on tiendra surtout compte de :

1° La *température* : normalement, la température des nouvelles accouchées ne doit pas dépasser 37°; depuis longtemps on est fixé sur la valeur de la soi-disant fièvre de lait. Dès que le thermomètre marque 38° toute l'attention doit se porter du côté de l'utérus. Il faut également savoir que cette élévation thermique peut être un peu tardive ; cependant, elle ne se produit que rarement après la première semaine.

2° Le *pouls* est de grande valeur séméiologique, son accélération sera souvent un des premiers signes de l'infection commençante ; on aura soin d'éliminer la tachycardie consécutive aux grandes hémorrhagies.

3° L'examen local montre souvent un utérus resté gros et anormalement douloureux ; en même temps la femme se plaindra de tranchées utérines ; le toucher sera alors de toute importance ; il montrera le col, mal revenu sur lui-même, resté perméable.

4° Des hémorrhagies peuvent enfin, survenir. Notons, à titre de rareté, la possibilité, au contraire, d'arrêt de la sécrétion lochiale, par suite de l'oblitération du col par le lambeau membraneux.

Supposons donc le diagnostic de rétention des membranes posé, ou tout au moins, fortement soupçonné, quelle devra, alors, être la conduite de l'accoucheur : tout d'abord, il est une proposition que l'on doit admettre, actuellement, comme axiome : il *va falloir intervenir* : on ne peut pas, logiquement, confier à la nature le soin d'expulser les membranes, ni attendre que les accidents infectieux disparaissent d'eux-mêmes. Ceci admis, deux questions se posent : quand faudra-t-il intervenir, et comment ?

1° *Quand faut-il intervenir ?* — « Le plus tôt est le mieux ». Il n'y a jamais intérêt à attendre, et, contrairement, la vie de la femme peut dépendre d'une intervention précoce : on n'attendra donc pas que les symptômes de l'infection puerpérale soit nets : c'est à coup sûr, — et nos observations le prouvent clairement, une faute clinique, que de se dire : « voyons, si demain la fièvre tombait. La première élévation de température doit donner le signal de l'intervention, cette élévation fut-elle légère.

2° *Comment faut-il intervenir ?* — Nous n'avons pas à décrire ici les diverses méthodes des traitements

en usage contre l'infection puerpérale (1) ; cette étude sort absolument du cadre de notre thèse, nous n'avons ici, qu'à poser des indications.

Or, les principaux moyens que le clinicien possède sont : l'injection intra-utérine, l'écouvillonnage, le curage digital, et le curetage instrumental.

α) *L'injection intra-utérine* sera le plus souvent tout à fait insuffisante : dans le deuxième cas de mort que nous rapportons dans cette thèse, elle avait été pratiquée dès le début, — sans résultat par conséquent. — Tout au plus, pourrait-on en fait usage dans les cas, très douteux, où la température atteint 38° ; mais si après la fièvre persiste, il faudra agir autrement.

Nous joindrons à ces injections, l'emploi de l'irrigation continue dont le principal défaut est d'être trop peu pratique.

β) *L'écouvillonnage* pourra être un mauvais procédé quand il sera fait timidement : c'est-à-dire, seul, sans curage, sans anesthésie, alors que la femme est rebelle ; dans ces cas, il est illusoire de croire que l'on arrive à nettoyer l'utérus.

γ) *Le curage digital* est le procédé de choix ; lui seul donne toute sécurité ; lui seul permet, tout en ne blessant pas la femme, de retirer de la matrice les plus petits débris. Bien entendu ce curage sera tou-

(1) Question qui, d'ailleurs, a été étudiée dans la thèse de M. Gheorghiu (*loco citato*).

jours suivi d'un écouvillonnage, soigneusement pratiqué, avec des écouvillons en côtes de plumes, imbibées de glycérine créosotée. L'opération se terminera par une grande injection au permanganate, et un drainage utérin à la gaze iodoformée.

δ) *Le curettage instrumental* est trop dangereux pour la mère pour pouvoir être conseillé d'emblée : il ne faudra en faire usage qu'en seconde ligne, c'est-à-dire après échec du curage digital ; c'est alors qu'il rendra de réels services.

Si nous résumons ce traitement, nous dirons :

1°) Lors de la première élévation de température, pratiquer le curage digital suivi de l'écouvillonnage ;

2° Si la température persiste, faire le curetage instrumental ;

3° Si les accidents ne diminuent pas, agir plus énergiquement encore ; et c'est alors que pourra se poser la question de l'hystérectomie, que nous n'avons pas à discuter ici.



CONCLUSIONS

1^{re}. — La rétention des membranes est un accident relativement fréquent de la délivrance à terme. Cet accident, au même titre que la rétention de débris placentaires, est capable de devenir le point de départ d'infections plus ou moins graves.

2^e. — L'existence de ces cas défavorables, parmi lesquels on relève des observations s'étant terminées par la mort, doit être de nature à éveiller l'inquiétude du clinicien, et à le faire se préoccuper de cet accident, beaucoup plus énergiquement et surtout beaucoup plus rapidement que ne le conseillent la plupart des classiques.

3^e. — Le premier traitement prophylactique réside, logiquement, dans une délivrance bien faite; la clinique semble condamner également la méthode des tractions sur le cordon et celle de l'expression utérine employées trop rapidement ou avec une force même

minime. Avant tout, *il faut savoir attendre* ; quand le placenta est complètement décollé, de très légères tractions l'entraîneront du vagin à l'extérieur. Si les membranes sont encore un peu adhérentes, une expression légère pourra rendre des services.

4°. — On est en droit de se méfier de la torsion des membranes en corde pour les extraire quand elles sont friables ; si des caillots les distendent, ce procédé devient particulièrement funeste. On préférera aller chercher les membranes le plus haut possible, dans le col au besoin, en les saisissant entre deux doigts.

5°. — Quand, malgré tout, il s'est produit une déchirure des membranes, *il importe d'agir immédiatement*, c'est-à-dire prophylactiquement, pour prévenir la possibilité d'accidents infectieux.

6°. — Nous rejetons, comme armes dangereuses, la pose d'un fil sur les membranes, ainsi que la méthode de Kaltenbach.

7°. — Selon nous, le traitement prophylactique rationnel doit consister en l'introduction de la main dans l'utérus, pour en extraire, *immédiatement* après la délivrance, le moindre débris de membranes. Dans les cas où la main ne peut arracher ces débris, ou encore quand on aura affaire à une rétention de la caduque dans un cas de macération du fœtus, on sera en droit de faire *l'écouvillonnage immédiat, préventif de l'utérus*.

8°. — Quand on n'a pas pu instituer ce traitement prophylactique, il faudra, de toute nécessité agir dès la moindre alerte d'infection, c'est-à-dire dès la première élévation de température ou la moindre fétidité des lochies.

9°. — Les injections intra-utérines seront le plus souvent impuissantes ; l'irrigation continue a trop d'inconvénients pour être conseillée. De même, le simple écouvillonnage, incomplètement fait, sans anesthésie, devra être abandonné.

10°. — Le seul traitement vraiment efficace sera : le curage digital et l'écouvillonnage ; si la température ou les accidents persistent, le curetage instrumental ; à ce moment, la question rentre dans celle, plus générale, du traitement des infections puerpérales ; mais notre thèse n'a pas à l'embrasser.

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,

BUDIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Boëters.* — Centralblatt für Gynaekologie, 1877.
- Budin.* — Obstétrique et gynécologie, 1894.
- Chartier.* — Thèse Paris, 1889.
- Cros.* — De la rétention des membranes dans l'accouchement à terme. Thèse Paris, 1897.
- Dentu.* — Essai sur le traitement de la rétention des membranes, Thèse Paris, 1897.
- D'Erebia.* — Recherches expérimentales sur la rétention des membranes de l'œuf (6^e congrès de la Société italienne d'obstétrique et de gynécologie, octobre 1899).
- Doléris.* — Revue d'obstétrique, 1886.
- Doléris.* — Introduction à la pratique gynécologique, 1896.
- Dubourg.* — Rétention des membranes dans l'utérus, après l'accouchement. Thèse Paris, 1884.
- Frey.* — De l'utilité du curettage précoce comme moyen thérapeutique et prophylactique dans la rétention intra-utérine de débris placentaires et membraneux. Thèse Paris, 1896.
- Genestein.* — Thèse Paris, 1886.

- Gheorghiu*. — Contribution à l'étude clinique du traitement de l'infection puerpérale. Thèse Paris, avril 1900.
- Gerbaud*. — Rétention des membranes d'après l'avortement. Thèse agrégation, 1885-86.
- Halpern*. — De l'emploi de la méthode de Kaltenbach dans la rétention des membranes. Thèse Paris, 1899.
- Miknoff*. — Sur la rétention des membranes au point de vue thérapeutique; Bolnitchnaïa Gaz. Bothnina, 1897. (Anal. dans Bulletin de thérapeutique, 1897).
- Pinard et Wallich*. — Traitement de l'infection puerpérale.
- I. Pozzi*. — Traité de gynécologie.
- Ribemont-Dessaignes et Lepage*. — Précis d'obstétrique.
- Schwenke*. — Centralblatt für Gynaekologie, 1882.
- Théret*. — Etude sur la rétention des membranes dans la délivrance à terme. Thèse de Paris, 1897.
- Tref*. — De la rétention des membranes après l'accouchement à terme. Thèse de Nancy, 1897.
- Tarnier et Chantreuil*. — Traité de l'art des accouchements, t. I.
- Valentin*. — De la délivrance dans les cas de fœtus mort et macéré. Thèse Paris, 1889.
- Varnier*. — Obstétrique journalière.
- Weil*. — Zeitschrift für Geburt. und Gynaekologie, 1877, p. 713.
- Wisard*. — Thèse Paris, 1888.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION.....	7

PREMIÈRE PARTIE : OBSERVATIONS

Classification des Observations.....	11
1 ^{re} série : Cas dans lesquels on n'a tenté aucune intervention prophylactique.....	12
1 ^{er} groupe : Cas dans lesquels il n'y a eu aucun accident infectieux.....	12
2 ^e groupe : Cas dans lesquels des accidents infectieux ont éclaté.....	12
2 ^e série : Cas dans lesquels on a tenté un traitement préventif	24
1 ^{er} groupe : Introduction de la main dans l'utérus de suite après la délivrance.....	24
Un cas de curage prophylactique.....	25
2 ^e groupe : Cas dans lesquels un fil a été placé sur les débris de membranes retenus dans l'utérus.....	26
α) Observation où tout a été normal.....	27
β) Observation où l'infection a éclaté.....	28

SECONDE PARTIE : DÉDUCTIONS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES :

Notions préliminaires..... 33

Coup d'œil d'ensemble jeté sur les documents fournis par
la clinique 33

Historique du traitement..... 35

1^{re} période : D'Hippocrate à M^{me} Lachappelle..... 35

2^e période : De M^{me} Lachappelle à nos jours..... 36

Division de notre étude..... 39

I. — Comment prévenir la rétention des membranes.. 39

Délivrance par la méthode des tractions..... 40

Délivrance par la méthode de l'expression.... 41

Procédé de choix, dans les divers cas..... 42

II.— La déchirure étant produite, comment doit on
agir ?..... 46

1^{er} cas : Tout de suite après la délivrance : traite-
prophylactique.. 46

α) Diagnostic de la rétention par l'examen de
l'œuf..... 46

β) Moyens de traitement..... 48

1^{er}. Fil sur les membranes (procédé de Tarnier) 48

2^e. Méthode de Kaltenbach..... 49

3^e. Introduction de la main dans l'utérus..... 51

4^e. Curage et écouvillonnage préventif..... 52

2 ^e cas : Lors du post-partum.....	54
α) Éléments de diagnostic de cette rétention.....	54
1 ^{er} . Notions étiologiques.....	54
2 ^e . Renseignements cliniques.....	56
β) Traitement curatif.....	57
1 ^{er} . Injection intra-utérine.....	58
2 ^e . Écouvillonnage.....	58
3 ^e . Curage digital.....	58
4 ^e . Curettage instrumental.....	59
CONCLUSIONS.....	60
BIBLIOGRAPHIE.....	63

